



Direktoratet for e-helse
PB 6737, St. Olavs plass
0107 OSLO

Deres ref.: 17/283-1

Vår ref.: 17/2063

Dato: 01.06.2017

Høringsuttalelse - Utkast til standard for tjenestebasert adressering del 3 Tjenestetyper

Innledning

Legeforeningen takker for utsatt frist for denne høringen.

Dette er den andre av to høringer på tjenestebasert adressering. Første høring handlet om standard for tjenestebasert adressering del 1 og 2, og gikk i tidlig 2016. Der ble det i følge Direktoratet for e-helse avdekket behov for tydelige krav til enhetlig bruk av tjenestetyper i adresseringen. Det ble derfor valgt å utarbeide en del 3 av standarden som omhandler krav til tjenestetyper.

Vi blir bedt om å vurdere om tjenestetypene og virksomhetstypene er dekkende. Videre bes høringsinstansene vurdere om det vil være spesielt krevende å etterleve kravene i denne standarden. Det bør spesielt sees på effektivitet og pasientsikkerhet og svakheter og mangler bør helst kommenteres, og gjerne begrunnes med konkrete eksempler.

Høringsbrevet er i et format og på et teknisk nivå som gjør det vanskelig tilgjengelig. Legeforeningen har ikke kompetanse eller mulighet til å forutse alle konsekvenser av dette forslaget, vi vil melde tilbake dersom vi finner noe som er problematisk med når dette kommer i bruk.

Vi finner ingen foreslåtte tjenestetyper som ikke er riktige å ta med i dette forslaget, men vi finner det vanskelig å si om alle nødvendige tjenestetyper er representert. Det er viktig at det legges opp til ytterligere forbedringer i driftsfasen slik at mangler eller uhensiktsmessigheter kan løses raskt.

Om adressering

Først en liten beskrivelse av hvordan Legeforeningen oppfatter elektronisk adressering. Kommunikasjonsparter som kommuniserer over Norsk Helsenett plikter å registrere seg med korrekt adresse – både virksomhet og tjenestetype. Tjenestebasert adressering skiller seg fra personbasert adressering ved at det er tjenesten som mottar meldingen. En kommunikasjonspart er en enhet ved en virksomhet, for eksempel: – En lege ved legekontor – En tjenestetype ved et helseforetak, eksempelvis en avdeling – En tjenestetype i

en kommune eksempelvis pleie og omsorg. Det er HER-Id som nå identifiserer kommunikasjonsparten i NHN Adresseregister. Nyere adresseringsformer kan komme.

Legeforeningens svar til del 1 og 2 av standarden, februar 2016

Legeforeningen avgav sitt høringssvar på del 1 og 2 februar 2016. Legeforeningen støttet en entydig standard for adressering av elektronisk kommunikasjon. Videre uttalte Legeforeningen om fastlegene: «I primærhelsetjenesten bør det finnes mulighet for adressering til en generisk fastlegetjeneste som kommunikasjonspart på et legekantor, f.eks. der det er svak kontinuitet i fastlegedekningen.» Og: «For private næringsdrivende leger slik som fastleger vil legekantoret representere nivå 1, mens den enkelte fastlege skal være nivå 2. Dette vil også fungere slik som i dag, spesielt der det er stabilitet hos fastlegen. Det bør også være mulighet på steder med mye vikarer og svak kontinuitet på fastlegesiden å ha en ikke-personlig kommunikasjonspart som representerer den til enhver tid tilgjengelige fastlegen.»

Fastlegen som mottaker

Det aktuelle høringsnotatet omtaler tjenestebasert adressering hos fastleger på side 13. Der sies det: «3.4.3 Fastleger. Fastlegen representerer en tjeneste i tjenestebasert adressering og navnet på kommunikasjonsparten vil være navnet på den enkelte fastlege. I de tilfellene det ikke eksisterer en navngitt fastlege (en liste uten fast lege) kan tjenestetypen 'Fastlege, ubesatt hjemmel' fra kodeverk 8663 benyttes. Dette kan for eksempel oppstå ved plutselig bortfall av fastlege, og hvor det da tar litt tid å få på plass en ny fastlege, eller i kommuner hvor det er stort gjennomtrekk av fastleger og kommunen ikke har en navngitt fastlege.» Legeforeningen mener dette er en god løsning på de få situasjonene der man ikke har én navngitt fastlege som ivaretar en hjemmel. Det er allikevel noen problemområder som må håndteres.

Hvordan skal man sikre at viktig informasjon som går til "Fastlege, ubesatt hjemmel" blir lest? Vi ønsker at Direktoratet for e-helse lager forslag til prosedyre sammen med arbeidsgruppen, og informerer kommunene om hvordan disse listene skal håndteres på en sikker og forutsigbar måte.

Legeforeningen støtter også at det ikke foreslås en felles adresse for legekantoret på nivå 2, det er fortsatt den enkelte legen som er kommunikasjonsparten på det nivået. Legeforeningen vil presisere at oppretting av et felles postmottak ved legekantoret er en unødvendig sløsing av ressurser. Det ville medføre et unødvendig og økt forbruk av hjelpepersonellressurser til å slå opp hvem som er pasientens fastlege og sortere posten elektronisk til vedkommende lege på legekantoret. Legeforeningen er bekymret for at kommunikasjonsparter ofte ville velge den enkleste måten å adressere til fastlegen på (til kontoret) selv om pasienten kan gjøre rede for navnet på fastlegen, enten de visste hvem fastlegen var eller ikke. Vi er redd for at en unødvendig andel av henvisningene ville havne i den uspesifiserte innboksen til legekantoret, noe som vil føre til økt administrativ belastning på legekantorene.

Det må derfor være en klar forutsetning at det er legekantoret som åpner og lukker tjenestetypen 'Fastlege, ubesatt hjemmel' eller andre adresser som måtte foreslås til virksomheten og ikke enkeltlegen.

Hvordan skal man unngå dette hvis det finnes en egen adresse for ubesatte lister eller vikarlistar? Man må her finne elektroniske løsninger som sikrer at sender velger fastlegen når det finnes en navngitt fastlege. Avsenders journalsystem må automatisk sjekke hvem som er

pasientens gjeldende fastlege og bruke den som nivå-2 kommunikasjonspart. Ideelt burde man finne en løsning der avsender velger "fastlegen" og systemet automatisk enten velger den navngitte fastlegen eller den generiske "fastlege, ubesatt hjemmel".

Private spesialister som kommunikasjonspart

Det er uheldig at private spesialister ikke har vært involvert i arbeidsgruppen.

Private spesialister er også avhengig av gode elektroniske løsninger for kommunikasjon med sine samarbeidspartnere; fastleger og resten av spesialisthelsetjenesten, men også andre aktører som helsestasjoner, fysioterapeuter, røntgeninstitutter osv.

Når det gjelder privatpraktiserende spesialister og andre som mottar e-henvisninger fra fastlegene, ser vi behovet for tydeligere informasjon i adresseregisteret om hvor e-henvisninger skal sendes. Ved søk i adresseregisteret kan det komme opp flere behandlere under et og samme senter. Det kan være forskjellige spesialister, psykologer og noen av navnene kan være vikarer. Kjenner man ikke spesialistsenteret godt, er det i dag ingen enhetlig informasjon i adresseregisteret om hvem som er mottager av e-henvisningene. Noen spesialistsentre aksepterer mottak til nivå-1 adressen, men andre krever at det adresseres direkte til nivå-2. Dette finner en ofte ikke ut av før meldingen blir avvist.

Det er også viktig å unngå unødig arbeid med videresending av e-henvisninger internt på sentrene. En tydelig merking i adresseregisteret på hvor senteret ønsker e-henvisninger ville gjort det lettere for alle kommunikasjonsparter. Vi ser den samme utfordringen ved bruk av tjenesten frittsykehusvalg.no hvor det er oversikt over hvilke tilbydere som har kortest ventetid, men mangler entydig informasjon om adressen man skal bruke ved e-henvisninger.

EPJ-utfordringer?

En omlegging av adressering kan føre til behov for endringer i EPJ. For oss er det uklart hva omfanget av disse endringene vil bli. Det er viktig å kartlegge og risikovurdere dette punktet. Det er viktig at endringer i adressering ikke bryter vesentlig med tidligere struktur i meldingsutvekslingen slik at implementeringen blir avhengig av mye omprogrammeringsarbeide hos EPJ-leverandørene som har begrenset kapasitet til slikt arbeide. Som vanlig er det et spørsmål om programmeringskapasitet og finansiering. Manuell intern postfordeling i små helsevirksomheter medfører både kostnader og risiko for pasientsikkerheten.

Legeforeningens medlemmer bruker ulike datasystemer som er tilpasset ulike behov for forskjellige spesialister og ulik virksomhet. Vi mener derfor det er viktig at alle aktuelle systemleverandører pålegges de samme krav til oppdateringer og endringer i sine eksisterende systemer, slik at ingen brukere må investere i nye datasystemer for å kunne oppfylle nye krav til tjenestebasert adressering. Det er gjennom de siste årene investert mye i både maskin- og programvare. Det er derfor viktig for at videre utvikling som redegjort for i denne høring gjøres i de datasystemer som benyttes

Kommunale tjenestetyper

Notatet sier at kommunen som minimum skal ha følgende adresser registrert:

- Sykepleietjeneste
- Legetjeneste ved sjukeheim
- Psykisk helse
- Økonomi- og oppgjør

- Fysioterapi
- Ergoterapi
- Øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)
- Saksbehandling
- Helsestasjons- og skolehelsetjeneste
- Jordmortjeneste
- Legevakt
- Smittevern

Dette synes som et godt utgangspunkt, men det finnes selvsagt andre parter som er aktuelle; kommunepsykolog, frisklivssentral m.fl.

Tjenestetyper i spesialisthelsetjenesten

Legeforeningen ønsker brystdiagnostikk som egen tjenestetype – det vil reflektere den kliniske virkelighet som vi finner i sykehusene der svulster i bryst håndteres i egne brystdiagnostiske sentra.

Med hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
Generalsekretær

Bjarne Riis Strøm
Avdelingsdirektør